

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

461

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PAR

René BOURGET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 29 décembre 1906, à La Ferté-Macé (Orne)

ÉTUDE MÉDICALE
sur la législation des
Accidents Oculaires du Travail

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

René BOURGET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 29 décembre 1906, à La Ferté-Macé (Orne)

ÉTUDE MÉDICALE

sur la législation des

Accidents Oculaires du Travail

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1932

LE DOYEN M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	N...
	N...
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.	CHABROL Pathologie médicale.
AUBERTIN Pathologie médicale.	CHAILLEY-
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	BERT Physiologie.
BROCC Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER . Pathologie médicale.
BRULÉ Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BUSQUET Pharmacologie.	DONZELOT ... Pathologie médicale.
CADENAT Pathologie chirurgicale.	ECALLE Obstétrique.
CATHALA Pathologie médicale.	FEY Urologie.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
HUGUENIN ...	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.
LABOCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE ...	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.

MM.	
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils ..	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphilo-graphie.
VALLERY,	
RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
TROISIER	Pathologie expérimentale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
RETERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER..	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER ...	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE. professeur sans chaire. Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY : Stomatologie.

CHAILLEY-BERT. agrégé : Education physique.

LEDOUX-LEBARD : Radiologie clinique.

WEILL-HALLÉ : Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

Professeur de Clinique Ophtalmologique

à la Faculté de Paris.

Ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu.

Officier de la Légion d'Honneur.

qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COUTELA

Ophtalmologiste de l'Hôpital Beaujon.

Officier de la Légion d'Honneur.

*avec les conseils et dans le service du-
quel nous avons pu faire ce travail.
En témoignage de ma vive reconnais-
sance et de mon très respectueux
attachement.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*)

LE DOCTEUR PISSAVY (*in memoriam*)

LE PROFESSEUR HARTMANN

LE PROFESSEUR LENORMANT

LE PROFESSEUR RATHERY

LE DOCTEUR GRENET

LE PROFESSEUR LE LORIER.

INTRODUCTION

Il est universellement admis que tout dommage causé par un tiers doit être indemnisé par celui-ci. Un ouvrier se blesse au cours de son travail, il a droit à la réparation du préjudice dont il est victime, ainsi en décident la justice et la solidarité sociale.

Autrefois, en France jusqu'en 1898, le seul principe admis en cette matière était celui de la responsabilité civile, définie par l'article 1382 du Code civil : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui, *par la faute* duquel il est arrivé, à le réparer. » Il en résultait que la victime d'un accident du travail n'était indemnisée que, non seulement s'il y avait faute du patron, mais encore s'il pouvait en faire la preuve. Sinon l'ouvrier était débouté de son action et condamné aux dépens. Si un accident était dû à un cas fortuit ou de force majeure, soit provoqué par la faute de la victime, celle-ci n'avait droit à aucune réparation. Comme pour obtenir les indemnités stipulées il fallait engager une procédure coûteuse, qui au surplus pouvait ne pas aboutir, l'accidenté acceptait alors une indemnité dérisoire à titre de forfait définitif. De même le chef d'entreprise s'il était assuré, ne l'était que jusqu'à concurrence d'un maximum, au delà duquel il était condamné pour le surplus.

Aussi dès 1880, un peu partout, en Europe, se préoccupa-t-on du sort de l'ouvrier blessé et des moyens de protéger le travailleur à l'atelier. C'est en Allemagne, en 1884, que fut votée, à l'instigation du Chancelier du Fer, la première loi importante sur les accidents du travail pour réprimer le mouvement socialiste.

En France, c'est seulement en 1888 que fut adopté par le Parlement le principe du risque professionnel et en 1898 que fut votée la loi relative aux accidents du travail. Cette loi supprimait pour l'ouvrier tous les inconvénients de la législation antérieure.

Sauf dans le cas d'une faute intentionnelle, l'ouvrier reçoit dès le cinquième jour son demi-salaire; si l'incapacité devient permanente, il lui est alloué une rente sur la base de 50 % de la réduction partielle de travail ou les deux tiers du salaire annuel en cas d'incapacité totale. Ces dispositions suffisaient à mettre l'ouvrier et sa famille à l'abri de la misère et à soumettre le patron à un risque entièrement assurable. Le travailleur se trouvait protégé de plus contre l'insolvabilité du patron ou de l'assurance et surtout contre les offres dérisoires rendues nulles par la loi. Enfin celle-ci accordait à l'ouvrier l'assistance judiciaire et établissait un système de déclaration d'office et d'enquête pour lui faciliter la preuve des origines et de la réalité de l'accident.

La loi du 9 avril 1898 réalisait donc un progrès considérable; victime d'un accident, le travailleur n'était plus dans l'incertitude du lendemain, ni dans la détresse comme cela arrivait auparavant dans certains cas.

Bien que produisant une amélioration certaine du sort

des classes ouvrières, elle donna lieu à de nombreuses critiques et fut modifiée à plusieurs reprises. Nous mentionnerons surtout la loi de 1905 : celle-ci spécifia que, lorsque l'incapacité de travail dépasserait dix jours, l'indemnité serait due dès le premier jour et serait payée les dimanches et jours fériés.

Malgré plusieurs autres modifications, l'expérience a montré que notre régime actuel du risque professionnel présente encore de fâcheuses imprécisions et de regrettables lacunes, certaines dispositions en particulier ne correspondent plus aux nécessités modernes. Depuis bien longtemps, les organisations ouvrières ont réclamé sa rectification. Le Parlement, qui à juste titre améliore sans cesse l'importante législation des victimes de la guerre, ne peut se désintéresser des mutilés du travail, ceux-ci ont un droit certain à la sollicitude générale et plusieurs d'entre eux cependant sont encore dans une situation inéquitable.

La loi de 1898, sur la responsabilité des accidents du travail soulève aujourd'hui de graves questions d'ordre juridique, social et humanitaire. Ce n'est pas dans son principe, admis par tous, de solidarité sociale qu'elle est attaquée, mais dans ses modalités d'application.

Les ouvriers présentent, entre autres revendications : l'augmentation de la rente aux conjoints mariés, aux orphelins, aux ascendants sans décision judiciaire; la suppression pure et simple du délai de carence; la possibilité du rachat de la rente jusqu'à cinq cents francs; et enfin une assimilation complète avec les mutilés de guerre. Les patrons, d'autre part, demandent l'adoption de mesures efficaces pour éviter le paiement de plusieurs indemnités

pour une même blessure, lorsque la victime travaille dans plusieurs entreprises; ils estiment que le nombre des petites blessures est exagéré. La progression du chiffre total des petites incapacités temporaires leur semble réellement inquiétante du fait, disent-ils, qu'elles sont aisément simulées et mal surveillées.

Enfin le taux de certaines rentes, en particulier celles des aveugles, est manifestement trop faible.

En ce qui concerne le délai de révision, les ouvriers estiment équitable un délai sensiblement plus long, mais, à leur grand tort, ceci ne leur paraît pas une question de première importance.

Dans ce travail d'ophtalmologie, il ne saurait être question de s'immiscer dans les problèmes de jurisprudence, mais il semble que certaines modifications à la législation française actuelle, basée sur la loi de 1898, amélioreraient heureusement la condition des blessés.

Au point de vue médical deux modalités surtout sont discutées : le délai de carence et le délai de révision. Nous les envisagerons successivement en insistant sur leur importance particulière dans les accidents *oculaires* du travail.

I. DÉLAI DE CARENCE.

Tout d'abord que faut-il entendre par délai de carence ? On désigne ainsi le laps de temps pendant lequel le blessé ne reçoit pas d'indemnité. Celles-ci, en France et dans la plupart des autres pays est égale en demi-salaire, mais elle n'est accordée à l'accidenté qu'au bout de plusieurs jours d'incapacité, quatre en France à l'heure actuelle. Donc si l'incapacité est inférieure à quatre jours, l'ouvrier ne touche rien, c'est cette période de quatre jours que l'on appelle le délai de carence, et l'on dit alors qu'il s'agit d'un petit sinistre.

La nécessité du délai de carence a été justifiée par tous les abus auxquels la loi peut donner lieu, plusieurs législateurs lui conférant un caractère préventif d'une efficacité certaine selon eux.

D'autre part, beaucoup de pays étrangers l'ont adopté : la Grande-Bretagne, la Roumanie, la Grèce, l'Irlande, Terre-Neuve et l'Uruguay. Mais dans ces pays, comme en France d'ailleurs, l'indemnité est payée dès le premier jour si l'incapacité dure un certain temps, 11 jours pour notre pays et de 8 à 28 jours pour les autres nations. Par contre, quelle que soit la durée de l'incapacité, le délai de carence n'est jamais indemnisé dans les pays suivants : Allemagne, Danemark, Finlande, Indes, Italie (agriculture), Luxembourg, Norvège (industrie) et

Suisse. Sa durée est variable, deux jours pour la Finlande, la Suisse et le Luxembourg; trois jours en Allemagne, Grande Bretagne, Norvège et Roumanie; quatre jours en France et en Grèce; trois à sept jours au Danemark; sept jours pour l'Irlande, Terre-Neuve et l'Uruguay et dix jours en Italie et aux Indes.

Par quoi se justifie le délai de carence. Tout d'abord, au point de vue oculaire, par le nombre considérable de petits sinistres. En fait, il y a peu d'incapacités temporaires totales et pratiquement pas d'incapacités permanentes totales. Nous allons envisager la question en ce qui concerne les blessures des yeux.

La très grande majorité des accidents oculaires ne donne lieu en principe à aucune indemnité de cessation de travail. Hurstel en effet, dans sa statistique, se basant sur 1154 accidentés oculaires, signale que 946 ont travaillé sans s'arrêter, que sur ce nombre, 897 ne furent vus qu'une seule fois, et que 49 revinrent aux soins de deux à cinq fois. Ce qui revient à dire que 81,9 % ont été très bénins avec reprise immédiate du travail; les autres 208 blessés présentèrent une incapacité temporaire, dont 47 de moins de quatre jours, de sorte que le nombre des petits sinistrés atteint 86 % du chiffre total des blessés.

Hurstel ajoute que sur 3.388 accidents oculaires, il a relevé 1.754 corps étrangers et 1.141 cas de conjonctivites après des corps étrangers sous-palpébraux, des brûlures ou des plaies conjonctivales et des hémorragies sous-conjonctivales, ce qui représente un pourcentage de plus de 85 % de lésions bénignes de pratique courante.

Chappée sur 10.000 cas trouve 60 % d'accidents bé-

nins par corps étrangers. Hébert estime à 75 % la proportion des petits accidents, comme les corps étrangers, sur un ensemble de plus de trois mille blessés. Dans une grande usine française d'automobiles, qui occupe environ 32.000 ouvriers, on compte 10 à 12 blessures légères par jour et seulement 11 blessures graves par an, en ce qui concerne les accidents oculaires.

Toutes ces petites lésions n'empêchent pas l'ouvrier de travailler; si le blessé ne fait rien, il se promène, travaille chez lui ou dans son jardin, certains même vont travailler chez un autre patron. Une lésion oculaire même grave ne nécessite pas toujours un pansement sur l'œil, et n'empêche pas le blessé de marcher et de se livrer à quelques petites occupations. Une autre preuve qu'un blessé oculaire peut travailler est fournie par ce fait, que pendant ces périodes de chômage, le travailleur blessé, craignant d'être remercié surtout s'il travaille aux pièces, préfère ne pas interrompre : il continue à travailler. Il est donc équitable, si l'incapacité est de courte durée, qu'elle ne soit pas indemnisée et qu'elle ne le soit que *partiellement* au bout de quatre jours. (Ce dernier point sera étudié plus loin en détail).

Alors que se passe-t-il actuellement ? L'ouvrier blessé, sachant qu'il ne touche rien pour si peu de chose, ne se soigne pas, il y regarde à deux fois avant d'interrompre son travail. Il faut d'abord vivre et les accidentés, obligés d'assurer au jour le jour la subsistance d'une famille, continuent à travailler pour ne pas encourir « cette sorte de pénalité injustifiée ».

Donc le plus souvent, et toujours si l'ouvrier travaille

à l'heure ou aux pièces, il n'interrompt pas son travail, la douleur s'atténue, le corps étranger s'incruste de plus en plus à chaque mouvement des paupières — s'il est sous-palpébral, il éraille l'épithélium cornéen — l'œil pleure, l'ouvrier se frotte avec ses doigts toujours septiques, la cornée s'infecte, et quelques jours plus tard, le malade est obligé d'interrompre son travail. La cicatrice accidentelle ou chirurgicale sera plus importante, et s'il y a infection l'incapacité temporaire sera prolongée. Ce blessé, qui soigné aussitôt eut guéri rapidement sans la moindre interruption de travail, voit son incapacité temporaire quelquefois suivie d'incapacité permanente.

Témoin l'histoire de ce malade. Charles Le N..., âgé de 71 ans, manoeuvre : il consulte le 8 avril 1932 pour un ulcère de la cornée de l'œil gauche, ulcère qui durait depuis huit jours après un corps étranger mal soigné. Il présente alors une incapacité temporaire et doit arrêter son travail pendant un mois; le 6 mai 1932, il ne subsistait plus qu'une taie insignifiante qui probablement disparaîtra avec le temps. En tout cas, il est bien évident que soigné dès le début le blessé aurait évité l'incapacité temporaire et l'arrêt de son travail; le patron eut gagné le demi-salaire et l'indemnisation de l'incapacité.

Un tel exemple n'est pas rare et montre les conséquences qu'entraîne le délai de carence dans certains cas.

Bien souvent en effet, une blessure oculaire légère au début, négligée ou mal soignée, peut donner lieu à une incapacité permanente : c'est ainsi qu'une petite ulcération cornéenne agit soit par elle-même si elle est centrale,

soit indirectement par l'astigmatisme irrégulier qui en résulte si elle est périphérique. Les traumatismes oculaires présentent facilement une grande gravité : l'accident peut passer inaperçu : l'œil blessé peut avoir une vision presque nulle, mais si l'autre œil est suffisant, le malade peut ne pas s'en apercevoir immédiatement, s'il n'a pas la curiosité de fermer l'œil sain. Une autre fois c'est une contusion banale qui provoquera une subluxation du cristallin. Inaperçu, un corps étranger de la cornée déterminera un ulcère; dans certains cas même, c'est un corps étranger intraoculaire qui entraîne une poussée d'irido-cyclite et qui jusque-là était entièrement ignoré du patient.

Ou bien la gravité tient au fait même de l'accident : c'est un corps étranger — non latent — qui se complique à cause d'une dacryocystite et va provoquer un ulcère à hypopyon. Une autre fois, c'est une complication d'ordre général, comme le diabète, qui assombriera le pronostic d'une lésion habituellement banale.

Enfin la gravité peut résulter de soins incompetents; nous avons vu combien l'ouvrier hésite à se faire soigner sachant qu'il ne doit pas être indemnisé. C'est un camarade d'usine ou un contremaître qui essaye d'enlever le corps étranger; à ce propos, on peut rappeler les cas de syphilis contractée de la sorte; en effet l'infirmier occasionnel emploie une feuille de papier à cigarette qu'il humecte de salive pour enlever le corps étranger. Il n'y a pas lieu d'insister pour prouver combien est défectueuse une telle thérapeutique : nombreux sont les travailleurs qui deviennent ainsi victimes de leur inconscience.

En résumé, souvent le blessé ne se soigne pas immédia-

tement ou bien subit les conséquences de soins incompetents, des complications graves peuvent en résulter et entraîner par la suite une incapacité temporaire.

Comment remédier à cette situation ? Par un examen immédiat et compétent des blessés. Actuellement certains patrons et certaines compagnies d'assurance donnent à l'ouvrier quelques heures pour aller se faire soigner et revenir au travail, et y trouvent leur compte. Mais ceci n'est pas un fait fait constant, ce n'est pas un droit pour l'ouvrier. Et d'ailleurs dans l'hypothèse de cette bienveillance patronale, il est bien rare qu'elle aille jusqu'à rembourser cette interruption forcée de travail si le salaire est payé à l'heure ou aux pièces.

Lorsque certaines entreprises ne font pas usage du délai de carence, comment procèdent-elles ? Elles accordent à l'accidenté son demi-salaire immédiat ou même son salaire complet, si celui-ci va se faire soigner chez tel médecin ou à tel dispensaire. Mais n'est-ce pas là une atteinte au principe du libre choix ? Aussi plusieurs auteurs ont-ils préconisé d'attribuer au blessé une sorte de prime au traitement immédiat et, s'il travaille à l'heure ou aux pièces, cette prime lui servirait d'indemnité, mais la loi sanctionnerait le principe du libre choix et protégerait l'ouvrier contre les pressions illégales.

Si nous insistons particulièrement sur cette question du délai de carence, c'est que le nombre des accidents oculaires est considérable. Aux Etats-Unis, on estime à 200.000 par an le nombre des blessures des yeux, ce qui ferait, dit-on, un œil blessé toutes les trois minutes de jour comme de nuit; dans une grande usine qui occupait

ce jour-là 104.000 ouvriers, l'ophtalmologiste a dû extraire en 8 heures, 210 corps étrangers. Les séquelles des accidents oculaires sont souvent sérieuses, c'est ainsi qu'à Paris, quarante pour cent des incapacités permanentes sont attribuées à des incapacités oculaires.

Dans la statistique d'Hurstel, que nous avons cité plus haut, le nombre des incapacités de moins de quatre jours est de 49; il ajoute que ce nombre peut augmenter sensiblement si le patron donne plus de facilité aux ouvriers pour continuer à travailler tout en se faisant traiter par le spécialiste. Il justifie son affirmation par le fait que les phénomènes aigus, photophobie, larmoiement, qui rendent certains travaux impossibles après un accident oculaire bénin, disparaissent généralement en vingt-quatre à quarante-huit heures.

Il importe que le traitement soit immédiat, c'est ce qui a été démontré d'une façon si éclatante pour les blessures des yeux pendant la guerre.

Le pronostic est une question d'heures, dans bien des cas, la rapidité des soins permet de réduire les conséquences des accidents graves au minimum. C'est ainsi que pour les corps étrangers intraoculaires métalliques l'examen à l'électro-aimant doit être pratiqué le plus rapidement possible pour pouvoir les extraire; si le blessé est vu vingt-quatre heures après l'accident, ou même plus, l'extraction sera difficile, souvent impossible; dans l'avenir il faudra craindre des poussées d'irido-cyclite ou l'apparition d'une ophtalmie sympathique.

C'est pourquoi les « premiers secours » doivent être organisés dans toutes les usines. Certains pays, particuliè-

rement les Etats-Unis et le Canada, ont fait un gros effort dans ce sens. Dans une grande compagnie canadienne de chemins de fer, l'organisation des premiers secours est basée sur le principe du « first aide », c'est-à-dire la facilité pour le blessé de recevoir rapidement les premiers soins avant l'arrivée du médecin. Dans ces postes de premier secours et dans les infirmeries des grandes usines, certains auteurs ont préconisé de faire un lavage aseptique des paupières et d'appliquer un pansement occlusif aseptique pour éviter les infections secondaires, étant formellement interdit aux infirmiers de tenter l'extraction des corps étrangers. Ces mesures sont d'un intérêt indiscutable, mais il semble que ce qui importe par-dessus tout c'est d'envoyer immédiatement le blessé chez le médecin oculiste. Si l'usine n'a pas d'infirmerie ni de service spécial, des hôpitaux ou des cliniques rapprochés possédant une installation d'ophtalmologie doivent pouvoir accueillir aussitôt les blessés.

Plusieurs chefs d'entreprise, se rendant compte que beaucoup de blessures insignifiantes entraînent des diminutions importantes de la capacité ouvrière, par le manque de soins au début, ont créé des services de secours de grande importance. C'est ainsi qu'un grand industriel américain a établi un organisme complet auquel sont attachés des médecins qui s'y consacrent exclusivement. Chaque atelier a son poste de premier secours, d'où après les soins élémentaires, on dirige le blessé sur le poste central, autour duquel se groupent tous les services spécialisés. En traitant très précocement les accidents du travail, on limite à coup sûr le déchet de la capacité ou-

rière, cela au plus grand bénéfice de l'ouvrier, du patron, de la société. Les grandes usines, où les premiers secours existent, enregistrent une rareté relative des incapacités permanentes, c'est donc une organisation qu'il conviendrait de propager.

Un traitement précoce ne suffit pas toujours, bien souvent l'état du blessé nécessitera un repos relatif. Or, dans la plupart des législations actuelles, l'incapacité temporaire est absolue, ce qui n'est pas justifié pour les petits sinistres oculaires qui, nous l'avons vu, n'empêchent pas tout travail. Il faudrait donc que soit admise par la loi *l'incapacité permanente partielle*, ou l'autre solution également intéressante de la *prime au traitement immédiat*. Une solution doit intervenir, c'est ce que résume le vœu adopté le 14 novembre 1931 par l'Assemblée générale de l'Association Internationale pour la Prophylaxie de la Cécité. Cette Association, dont l'activité s'exerce si efficacement dans l'important domaine de la prévention des lésions oculaires, a émis en effet sur le rapport du Docteur Coutela le vœu suivant :

« L'Association Internationale pour la Prophylaxie de la Cécité, en présence de l'extrême fréquence des petits sinistres oculaires, de la portée de leurs conséquences quand le traitement n'est pas immédiat, de la possibilité de les soigner sans incapacité temporaire totale, exprime le vœu que, en ce qui concerne les blessures oculaires, des modifications soient envisagées aux dispositions légales en vigueur : prime au traitement immédiat ou incapacité temporaire partielle. »

A l'étranger, un mouvement analogue se produit : en

Allemagne, où le délai existe légalement, il ne joue en fait qu'exceptionnellement et n'est maintenu que dans cinq pour cent des établissements.

L'incapacité est également indemnisée dès le premier jour dans les pays suivants : Australie, Brésil, Bulgarie, Chili, Equateur, Espagne, Esthonie, Japon, Lettonie, Panama, Pérou, Portugal, Russie et Salvador.

Actuellement, un projet de loi modifiant la loi de 1898 est en cours de discussion devant le Parlement. La Chambre des Députés, tenant compte des observations des ouvriers et de plusieurs chambres de commerce, a adopté la suppression du délai de carence; mais, pour déjouer certains calculs, elle a fait une réserve en spécifiant que « pour les accidents ne dépassant pas dix jours d'incapacité et si l'accident s'est produit dans les quarante-huit heures qui précèdent un jour férié, ce jour férié ne sera pas compté dans le calcul de l'indemnité temporaire ». Rapport Gros.

Mais la Commission du Sénat, s'oppose à ce projet de loi, qu'elle estime trop démagogique, et non seulement, elle a rétabli le délai de carence, mais elle a encore aggravé à cet égard les dispositions de la loi de 1898 en ne faisant courir l'indemnité journalière que du cinquième jour, même lorsque l'incapacité de travail a duré plus de dix jours. Le Rapporteur, le Docteur Chauveau, comparant la durée du délai de carence dans des grandes nations industrielles : trois jours pour l'Allemagne, l'Angleterre et la Norvège, estime qu'il y a lieu de garder le délai de quatre jours.

La discussion devant l'assemblée du Sénat n'a pas en-

core commencé et l'on voit combien les avis diffèrent. Il semble que pour une question si complexe on ait laissé trop peu de place au point de vue médical, dont nous avons montré ci-dessus l'importance particulière.

II. DÉLAI DE RÉVISION.

Comme beaucoup de législations étrangères, la loi française fixe invariablement à trois ans la durée du délai de révision. Ce délai est d'ailleurs unanimement accepté par les patrons comme par les ouvriers. Surtout en ce qui concerne les accidents oculaires, un tel délai est manifestement trop court.

Nombreuses en effet sont les affections qui peuvent survenir après un tel laps de temps et modifier l'état de l'œil blessé.

I. — Tout d'abord les *Kératites récidivantes*; elles donnent lieu à des poussées évolutives impossibles à prévoir et qui augmentent l'incapacité accordée au blessé lors de l'examen en révision. Parmi tant d'autres, en voici un exemple :

OBSERVATION I¹.

M... Jean, âgé de 33 ans, cuisinier dans un grand restaurant, est soigné pour une ulcération de la cornée à la suite de la projection d'un os de côtelette, il est consolidé au bout de trois mois. Au moment de la révision qui eut lieu trois ans après, on ne lui accorda qu'une incapacité minime. Mais ultérieurement, il fit de temps à autre des poussées de Kératite ulcéreuse au niveau de la cicatrice, bien que des

(1) La plupart des observations citées sont dues à l'obligeance du D^r Coutela.

patrons bienveillants l'aient autorisé à se faire soigner. Dernièrement une récente poussée a diminuée considérablement sa vision et déterminé une incapacité que l'on peut évaluer actuellement à vingt-deux pour cent.

II. — Plus intéressantes encore sont les *taies de la cornée*, soit qu'elles s'améliorent à la longue, soit qu'elles s'aggravent tardivement. En voici plusieurs observations.

OBSERVATION II.

M. D... J. soigné pour un grave ulcère à hypopyon. Au moment de la consolidation, la vision était pratiquement nulle, mais après six ans de surveillance et de soins assidus, il avait, avec des verres, une vision normale de l'œil atteint. Quelle économie aurait pu en résulter pour la compagnie d'assurances !

OBSERVATION III.

M. P., cimentier, blessé le 1^{er} décembre 24, au cours de son travail.

Faits : ulcère infectieux de la cornée droite avec hypopion qui a nécessité les soins du D^r Fombenne du 3 décembre 24 au 16 février 25.

Le 15 mars, rechute, il semble que l'on puisse fixer la consolidation au 6 avril prochain.

Premier examen ophtal. le 2 avril 25.

O. D. — Conjonctive encore fortement hyperémiée (rechute récente), cornée : taie assez étendue qui occupe une grande partie de l'aire pupillaire, l'examen des membranes profondes et des milieux transparents est difficile, mais il ne semble exister aucune lésion appréciable, la vision de cet œil est 1/10 environ.

O. G. — Normal, vision parfaite.

Deuxième examen ophtal. 6 mai 28.

O. D. (blessé). — Dans la zone paracentrale de la cornée existe une taie diffuse peu épaisse qui n'envahit l'aire pupillaire que sur un

secteur inférieur et externe, il en résulte, qu'est impossible l'examen des membranes profondes et des milieux transparents : rien à signaler de ce côté. Il en résulte un fort astigmatisme inverse de 7 à 8 dioptries environ avec légères irrégularités d'une des mires. La vision accusée est infime, la mise en œuvre des moyens de contrôle est nécessaire, elle est du reste rendue particulièrement difficile par les mouvements de M. P. On arrive cependant à une vision de 1 à 2 dixièmes au moins sans que l'on puisse obtenir d'amélioration par les verres.

O. G. normal, vision parfaite 10/10.

Il existe entre les 2 états des modifications objectives évidentes : diminution d'épaisseur et d'étendue de la taie cornéenne rendait possible en 1928 l'examen ophtalmoscopique qui est signalé comme difficile en 1925. A ces modifications objectives correspondent des modifications fonctionnelles, la vision qui était d'un dixième environ en 1925 est certainement meilleure à l'heure actuelle, elle semble être de 2 à 3 dixièmes environ, mais ne peut être obtenue qu'avec les plus extrêmes difficultés, les renseignements fournis par M. P. n'étant pas tous de parfaite concordance.

Concl. — 1) des modifications se sont produites dans l'état du blessé comme conséquence de l'accident.

2) la réduction de capacité que subit actuellement M. P. peut être évaluée à 16 % au lieu de 18 à 20 % en avril 1925 d'ailleurs fixée pour 2 ans.

3) *des modifications ultérieures sont encore possibles.*

OBSERVATION IV.

M. Pa..., mécanicien-ajusteur (amélioration).

Aurait reçu le 27 avril 23 à l'occasion de son travail, dans les deux yeux des éclats d'acier qui auraient été enlevés par l'infirmier de l'usine, il a reçu des soins de praticiens et par intermittence serait allé à l'Hôtel-Dieu, on lui aurait délivré un certificat de reprise pour le 30 juin 23, mais dès le 25, il doit de nouveau interrompre son travail qu'il n'a repris que le 30 octobre, à cause de sa vision il lui

a été impossible d'effectuer le travail pour lequel il était pour ainsi dire spécialisé.

Etat au 12 novembre 23.

O. D. — Le cul-de-sac conjonctival inférieur présente des traces évidentes d'irritation, la surface cornéenne est occupée par une taie qui envahit la partie centrale et gêne l'exploration du fond d'œil : celui-ci paraît normal, il existe un astigmatisme régulier de 6 dioptries environ, après correction, la vision atteint 1 à 2 dixièmes.

O. G. — Cet œil ne présente aucune lésion apparente, la vision accusée est de six dixièmes, mais on peut affirmer qu'elle atteint neuf dixièmes, l'examen nécessitant l'emploi des procédés habituels de contrôle.

Incapacité : 30 % fixée pour 2 ans.

Examen ophtalmologique du 18 janvier 27.

O. D. — La cornée présente une taie centrale avec astigmatisme régulier de six dioptries environ. Les milieux sont transparents et les membranes profondes normales. La vision accusée après correction est de 2 à 3 dixièmes.

O. G. — D'apparence normale, à l'exception d'un léger astigmatisme, la vision atteint huit à neuf dixièmes.

Discussion. — Entre l'état des globes oculaires signalé en novembre 23 et celui de l'examen du 18 janvier 27, il existe des modifications qui tiennent à l'atténuation de la taie cornéenne et expliquent le relèvement de la vision. Actuellement la vision de l'œil droit atteignant deux à trois dixièmes, et celle de l'œil gauche étant de huit à neuf dixièmes, la réduction de capacité professionnelle que subit Pa... peut être évaluée à vingt pour cent, *ce taux est susceptible d'amélioration dans l'avenir.*

Conclusion 19-1-27. — 1) des modifications se sont produites dans l'état du blessé comme conséquences de l'accident.

2) la réduction de capacité professionnelle peut être actuellement évaluée à 20 %.

OBSERVATION V.

M. Cod. Auguste, 23 ans, blessé à l'occasion de son travail le 17-11-1923 (amélioration).

1) Un rapport d'expertise rédigé le 1^{er} avril 24 arrivait aux conclusions suivantes :

Le jeune Cod... a été victime d'un traumatisme grave de l'œil gauche ayant provoqué des lésions réduisant l'acuité visuelle de cet œil au vingtième (1/20) de la normale, le rendant ainsi inutile et inutilisable pour son travail. Le patient est donc atteint actuellement d'une incapacité partielle et permanente réduisant de *vingt-cinq* pour cent (25 %) sa valeur professionnelle. Néanmoins cet œil ne peut être considéré comme complètement perdu, car si Cod... venait à être privé de la vision de l'œil droit il pourrait encore se conduire avec son œil gauche. La consolidation peut être considéré comme étant acquise au 18 février 24.

Cod... déclare que depuis ce rapport, la situation est inchangée.

2) *Examen ophtalmologique de M. Cod..., le 13 janvier 28.*

O. D. — Normal, vision parfaite 10/10.

O. G. — Ni la cornée, ni la conjonctive, ni les paupières ne présentent de cicatrices appréciables : il en existe une, à peine visible, à quelques millimètres de l'extrémité inférieure du diamètre vertical de la cornée. Les milieux sont transparents et les membranes profondes sont normales. Il existe un léger degré d'astigmatisme oblique, la vision accusée est de quatre dixièmes non améliorables par les verres.

Discussion. — L'état oculaire à la date du 7 novembre 24 est donné par le rapport d'expertise du D^r D..., rapport dont les conclusions sont reproduites ci-dessus, l'examen à la date du 13 janvier démontre que la vision de l'œil gauche (qui était de 1/20 en 1924) atteint aujourd'hui quatre dixièmes. Cette amélioration fonctionnelle évidente répond à des modifications objectives manifestes (disparition du trouble vitréen).

Actuellement la vision de l'œil droit étant normale et celle de l'œil gauche atteignant quatre dixièmes, la réduction de capacité que Cod... subit dans son travail peut être évaluée à sept pour cent. *Il semble que des modifications soient encore possibles dans l'avenir.*

Conclusion. — 1) Depuis le 4 novembre 1924, des modifications se sont produites dans l'état du blessé comme conséquence de l'accident.

2) La réduction de capacité que subit actuellement Cod... peut être évaluée à sept pour cent.

(Le 13 janvier 28).

OBSERVATION VI

Ca... Charlemagne, 33 ans (amélioration).

Blessé le 3 mars 1923 à l'occasion de son travail. Un rapport d'expertise du D^r M... en date du 12 novembre 1923 arrive aux conclusions suivantes : Du fait de l'accident dont il a été victime le 8 mai 1923, M. Ca... est atteint d'une incapacité permanente partielle avec réduction de dix à douze pour cent de la valeur professionnelle. La date de la consolidation doit être fixée au 26 mars 1923.

Examen ophtalmologique de M. Co..., le 25 novembre 1926.

O. D. — Il existe en plein centre de la cornée une cicatrice à peine apparente qui ne gêne pas l'exploration ophtalmoscopique : les milieux sont transparents, le cristallin est normal et les membranes profondes ne présentent aucune altération appréciable. Après adjonction du sphérique concave de 0,50, la vision accusée et contrôlée par les moyens usuels est de sept dixièmes environ. A signaler de ce côté une cicatrice gaufrée de la partie interne de la paupière inférieure : cette cicatrice n'entraîne aucune rétraction cicatricielle.

O. G. — Cet œil est normal et la vision parfaite.

Discussion. — La cicatrice palpébrale est antérieure à l'accident invoqué et serait au dire de Car..., la conséquence d'une blessure de guerre. L'état actuel démontre qu'il y a amélioration, la vision de l'œil droit qui en 1923 était d'un tiers atteint aujourd'hui sept dixièmes. L'œil gauche étant normal, la réduction de capacité est en réalité mi-

nime. Mais il y a lieu de remarquer que le siège central de la taie entraîne une gêne plus importante lorsque la pupille se rétrécit (travail de près, travail en pleine lumière). En conséquence, il y a lieu d'admettre une réduction de capacité professionnelle dont le taux peut être évalué de sept à huit pour cent environ.

Conclusions. — 1) Depuis 1923, des modifications se sont produites dans l'état du blessé comme conséquence de l'accident.

2) La réduction de capacité que subit actuellement M. Co... peut être évaluée de sept à huit pour cent.

25 novembre 1926.

OBSERVATION VII

Madame Cam... Rosalie, domestique, 51 ans, victime d'un accident le 13 février 1929 à l'occasion de son travail. A repris son travail le 18 mars 1929.

Examen ophtalmologique de Madame Cam... le 19 juin 1929.

O. D. — est sensiblement normal, vision parfaite avec le convexe 1,50.

O. G. — Il existe en plein centre de la cornée une taie qui occupe en partie l'aire pupillaire et s'accompagne d'astigmatisme légèrement irrégulier, la vision accusée et contrôlée est de deux dixièmes environ.

Conclusion. — La réduction de capacité qui en résulte peut être évaluée à 17 % avec révision dans les délais légaux. Consolidation fixée au 18 mars 29.

Examen ophtalmologique le 7 avril 1932.

O. D. — Vision sensiblement normale, neuf dixièmes après adjonction du sphérique convexe d'une dioptrie.

O. G. — La cornée présente dans sa partie centrale une taie à peine appréciable qui s'accompagne d'un astigmatisme de deux dioptries, légèrement irrégulier à axe légèrement incliné en bas et en dedans sur l'horizontale. La vision accusée et contrôlée est de trois

dixièmes faibles avec l'aide d'un cylindre convexe d'une dioptrie à 100°.

Entre les deux états de 1929 et 1932 existent des différences légères, modifications objectives : atténuation de la taie, régularisation de l'astigmatisme répondant à des modifications fonctionnelles, deux dixièmes en 1929, trois dixièmes faibles en 1932. La réduction de capacité peut actuellement être évaluée à quatorze pour cent.

8-4-32.

OBSERVATION VIII

M. Ca... Eugène, tourneur, 29 ans, blessé le 5 mars 1925 à l'occasion de son travail.

Un rapport d'expertise rédigé le 22 juillet 1925, par le D^r D... arrive aux conclusions suivantes : « Le traumatisme qui a atteint l'œil droit de M. Ca..., le 5 mars 1925 a déterminé une incapacité permanente partielle de travail. Cette incapacité diminue de dix-huit pour cent la valeur professionnelle du patient. La consolidation de la blessure étant acquise au 6 avril 1925, date de la reprise du travail fixée par le médecin traitant ».

Examen ophtalmologique de M. Ca..., le 25 septembre 1928.

O. D. — Œil blessé, la cornée présente dans sa partie centrale avec opalescence légère qui n'empêche nullement l'exploration des membranes profondes et des milieux transparents. La vision accusée est de six dixièmes sans qu'il soit besoin d'ajouter des verres correcteurs.

O. G. — Vision parfaite 10/10, il n'y a à signaler qu'une abolition du reflexe lumineux de la pupille.

Modifications évidentes : amélioration des symptômes objectifs expliquant l'amélioration de la vision (six dixièmes en 1928, au lieu de quatre dixièmes en 1925). La réduction de capacité que subit M. Ca... peut être évaluée à huit pour cent au maximum.

Compte tenu de la gêne résultant de la taie centrale pour le travail de près ou en pleine lumière.

25 septembre 1928.

OBSERVATION VIII bis.

Cyl. Joseph, 36 ans, chef électricien, blessé le 25 octobre 1926 à l'occasion de son travail. « A l'œil droit érosion paracentrale profonde de la cornée » déclare le certificat initial rédigé le jour même à la Fondation ophtalmologique Rothschild.

Le 18 janvier 1927, nouvel accident ou rechute, 3 septembre 1927, rechute ou accident.

Examen ophtalmologique le 17 février 1928.

O. D. — Le segment inférieur et interne de la cornée présente une taie qui empiète largement sur le champ pupillaire avec astigmatisme de deux dioptries, légèrement oblique en bas et en dehors sur l'axe horizontal. Les milieux sont transparents, les membranes profondes normales. La vision accusée est de deux à trois dixièmes, les épreuves de contrôle montre qu'elle est en réalité de cinq dixièmes au moins, à peine améliorable par les verres correcteurs.

O. G. — Normal, vision parfaite 10/10.

Conclusion. — Réduction de capacité évaluée à 10 % (avec révision dans délais légaux).

Examen ophtalmologique du 20 juin 1931.

O. D. — Opalescence légère à peine apparente du segment inféro-nasal de la cornée avec astigmatisme d'une dioptrie parfaitement régulier à axe légèrement incliné sur l'horizontale. La vision accusée et contrôlée est de neuf dixièmes avec l'aide d'un cylindre concave d'une dioptrie à 20°.

O. G. — Normal, vision parfaite 10/10.

Conclusions. — Pas de réduction appréciable, mais les neuf dixièmes de vision de l'œil droit ne sont obtenus qu'avec l'aide d'un verre correcteur, aussi semble-t-il équitable et rationnel de retenir une réduction de capacité dont le taux peut être évalué à un pour cent.

OBSERVATION IX.

Ben.... Louis, 41 ans, tourneur, blessé le 25 mai 1928, à l'occasion de son travail (amélioration). Autre accident en 1927, incapacité de 12 % aurait été reconnue.

Examen le 31 octobre 1928.

Œil Droit normal, vision parfaite 10/10.

Œil gauche blessé. La cornée présente dans sa partie centrale une taie diffuse avec astigmatisme à axe oblique et fortement irrégulier, cette taie n'empêche pas l'exploration des membranes profondes, ni des milieux transparents qui sont normaux, vision accusée : un quinzième environ, réduction 27 % (12 % déjà attribués pour accident antérieur au même œil).

18-4-30 — 12 %.

2-7-31 — 4 %.

Examen ophtalmologique le 17 novembre 1931.

Œil Droit, normal.

Œil Gauche. La cornée présente une taie apparente qui s'accompagne d'un astigmatisme de faible degré et à peu près régulier, mais incliné à 145°, la vision accusée est très faible, les épreuves de contrôle montrent catégoriquement qu'elle est au moins de deux à trois dixièmes si ce n'est plus. Des modifications se sont produites.

Conclusion. — Réduction de capacité peut-être évaluée à 15 %.

OBSERVATION X.

M. Bo... Louis, 14 ans 1/2, apprenti-monteur, blessé le 24 avril 1927, à l'occasion de son travail, il aurait reçu un corps étranger dans l'œil droit et ce corps étranger aurait été enlevé par un ouvrier de l'usine dans laquelle il travaille. Le surlendemain, il s'est présenté chez le D^r Am... où il a été traité sans interrompre son travail.

Examen ophtalmologique le 22 décembre 1927.

O. D. — Il existe une taie étendue à presque toute la surface de la cornée droite, taie en grande partie interstitielle avec astigmatisme irrégulier, la vision de cet œil atteint à peine un vingtième.

O. G. — Serait normal sans l'existence d'un léger degré d'astigmatisme (1^e50). Après correction, la vision est normale 10/10.

Conclusions. — La réduction de capacité que subit actuellement Bou... dans son travail peut être évaluée à trente pour cent.

Examen au 19 février 1931.

O. D. — Il existe une taie diffuse et légère de la cornée avec astigmatisme légèrement irrégulier. La pupille est en dilatation moyenne immobile et présente deux ou trois adhérences iriennes. Les milieux sont transparents, la vision atteint deux dixièmes après adjonction d'un cylindre concave de faible degré (épreuves de contrôle).

O. G. — Vision normale avec l'aide du sphérique convexe d'une dioptrie.

Entre les deux états oculaires de décembre 1927 et d'aujourd'hui existent des modifications objectives (atténuation de la taie, régularisation de l'astigmatisme) correspondant à des modifications fonctionnelles (vision de deux dixièmes actuellement au lieu d'un vingtième en 1927).

La réduction de capacité que subit actuellement le jeune Bou..., peut être évaluée à *dix-huit pour cent*. Le 21-2-31.

OBSERVATION XI

M. Bar. Marcel, âgé de 40 ans, a été blessé le 21 janvier 1927 à l'occasion de son travail.

A l'examen le 21 mai 1927, on constate :

Œil droit. — Il est normal : vision parfaite 10/10.

Œil gauche. — Il existe en plein centre de la cornée une taie assez épaisse qui occupe la presque totalité de l'aire pupillaire, cette taie s'accompagne d'astigmatisme irrégulier. La vision accusée n'atteint même pas un centième (1/100), elle est en réalité d'un dixième (1/10) mais ne semble pas être beaucoup plus élevée. Le rapport concluait que la réduction de capacité subie par M. Bar. dans son travail pouvait être évaluée à *vingt pour cent*. « Un examen ophtalmologique pratiqué le 31 juillet 1930 donne les résultats suivants :

Œil droit. — Le globe oculaire est normal et la vision excellente 10/10.

Œil gauche. — L'éclairage oblique seul montre l'existence d'un léger néphélium invisible à l'éclairage direct, il n'y a pas d'astigmatisme

irrégulier appréciable. La vision est infime et l'utilisation des moyens de contrôle démontre d'une part que ce degré de vision ne répond pas à une altération anatomique, d'autre part que la vision de cet œil est de trois à quatre dixièmes au moins, légèrement améliorée avec le sphérique convexe d'une dioptrie 50. Il existe un repli ptérygoïde de la conjonctive.

Entre ces deux états existent des différences manifestes la réduction de capacité peut être évaluée à dix pour cent ».

OBSERVATION XII

M. De... Charles, âgé de 28 ans, charpentier a été blessé à l'occasion de son travail le 31 août 1926.

« Plaie rectiligne au milieu de la cornée, presque verticale de deux à trois millimètres de long », déclare le certificat initial rédigé le 1^{er} septembre. La reprise de travail a eu lieu le 9 septembre, mais quelques jours après, De... a dû retourner chez le D^r O... pour y être soigné sans interruption de travail.

L'examen ophtalmologique du 22 septembre 1927 montre :

Œil droit. — La cornée est d'aspect normal et ne présente pas trace apparente de taie : cependant il existe un très léger astigmatisme irrégulier. Les membranes profondes et les milieux transparents sont anormaux. La vision qui est de quatre dixièmes sans verre atteint six à sept dixièmes après adjonction du sphérique convexe 1,50 associé au cylindre concave 0,50 à axe horizontal.

Œil gauche. — La vision est normale.

Le rapport d'expertise concluait à une incapacité évaluée à sept pour cent.

Le 19 avril, nouvel examen ophtalmologique.

Œil droit. — La vision de cet œil qui est de quatre dixièmes sans verre atteint sept à huit dixièmes après adjonction du sphérique convexe d'une dioptrie 50.

Œil gauche. — La vision est sensiblement normale, neuf dixièmes avec l'aide du sphérique convexe 0,75.

La réduction de capacité fut évaluée à quatre pour cent.

OBSERVATION XIII

Gu... Léon-Alphonse, âgé de 42 ans, maçon a été blessé le 30 mai 1928 à l'occasion de son travail. « Erosion traumatique centrale de la cornée à l'œil gauche » déclare le certificat initial rédigé le lendemain à la Fondation ophtalmologique Rothschild. Reprise de travail fixée au 18 juin 1928.

Examen ophtalmologique à la date du 14 septembre 1928.

Œil droit. — Le globe oculaire d'apparence extérieure normale présente un astigmatisme de trois dioptries à axe oblique en bas et en dehors, les milieux sont normaux, les membranes profondes sont indemnes. La vision après correction, est de quatre dixièmes environ.

Œil gauche. — Il existe une taie centrale de la cornée avec astigmatisme légèrement irrégulier. La vision accusée et contrôlée est de huit dixièmes (avec ou sans correction optique).

Conclusion. — Réduction de capacité évaluée à huit pour cent.

Examen du 16 mai 1931.

Œil droit. — La vision atteint quatre dixièmes après correction d'un astigmatisme de trois dioptries à axe légèrement oblique en bas et en dehors.

Œil gauche. — La cornée présente une très légère opalescence centrale qui ne s'accompagne pas d'astigmatisme appréciable. La vision accusée et contrôlée est de neuf dixièmes environ.

Conclusion. — Il ne persiste actuellement aucune réduction appréciable de la capacité professionnelle.

OBSERVATION XIV

Gu... Roland, âgé de 23 ans, a été blessé à l'occasion de son travail le 27 octobre 1925 : œil gauche, plaie pénétrante, cataracte trau-

matique par un éclat de bronze, exploration à l'électro-aimant négative « déclare le certificat d'origine rédigé le surlendemain de l'accident par le D^r L... qui lui a donné ses soins. La reprise de travail a eu lieu le 11 janvier 1926.

Examen ophtalmologique de M. Gu..., le 15 avril 1926.

Œil droit. — Cet œil ne présente aucune autre modification qu'un léger degré de myopie (1,50) avec astigmatisme de deux dioptries (contraire à la règle), la vision est normale après correction.

Œil gauche. — Œil blessé, la cornée présente une taie légère sinueuse, verticalement dirigée à l'union du tiers moyen et du tiers interne. La chambre antérieure est très profonde et l'iris tremblottant. La pupille de motilité normale montre l'existence de débris membranulaires, seuls reliquats du cristallin. Il ne semble pas exister de lésions du vitré, ni des membranes profondes. Après adjonction du sphérique convexe de huit dioptries la vision est de deux dixièmes.

Conclusion. — Réduction de capacité évaluée à 23 pour cent.

Examen ophtalmologique, du 23 février 1929.

Œil droit. — Cet œil est atteint de myopie légère et après correction, la vision est sensiblement normale 9/10.

Œil gauche. — La cornée présente une petite paie paracentrale, la chambre antérieure est très profonde et l'iris tremblottant, l'aire pupillaire est occupée par une membranule cristallinienne qui gêne l'exploration du fond d'œil : celui-ci semble normal. La vision même après adjonction d'un sphérique de haut degré n'atteint pas un dixième.

Conclusion. — Incapacité évaluée à 26 pour cent.

OBSERVATION XV.

M. M. Robert âgé de 19 ans, mécanicien a été victime le 21 janvier 1928 d'un accident survenu à l'occasion de son travail : projection sur l'œil droit d'un morceau de métal.

A repris son travail le 12 février.

Examen ophtalmologique du 11 septembre 1928.

Œil droit. — La cornée présente dans sa partie inférieure et externe au voisinage du limbe une cicatrice qui répond à un secteur déficient de la substance irienne : la pupille s'en trouve déformée mais sa surface limpide permet l'exploration des membranes profondes et des milieux transparents. Ceux-ci ne présentent aucune altération appréciable. La vision accusée et contrôlée atteint six dixièmes.

Œil gauche. — Cet œil est normal (très léger degré d'hypermétropie, sa vision est parfaite 10/10.

Conclusion. — La réduction de capacité qui en résulte peut être évaluée à cinq pour cent.

Examen 16 janvier 1932.

Œil droit (blessé). — La pupille est déformée par suite de l'adhérence du segment inférieur et externe de l'iris : il n'y a pas d'astigmatisme appréciable et les membranes profondes sont normales. La vision est de sept à huit dixièmes au moins. (épreuves de contrôle nécessaires) après adjonction du sphérique concave d'une dioptrie.

Œil gauche. — Il n'y a pas de lésions appréciables, la vision serait de huit dixièmes après adjonction du sphérique concave d'une dioptrie.

Conclusions. — Réduction de capacité permanente de deux pour cent.

OBSERVATION XVI

Me..., blessé le 2 juin 1920 par projection de parcelles de métal ou de sel ammoniacque, il fut soigné pour érosions centrales de l'œil droit jusqu'au 3 avril, date du certificat de reprise de travail.

Examen ophtalmologique du 29 janvier 1921.

Œil droit. — La cornée présente une taie en plein centre. Il existe un astigmatisme de cinq dioptries avec légère déformation des ombres pupillaires. Aucune autre lésion. La vision de cet œil (1/10 sans verres) est de 3/10 faible avec le cylindre concave de 4 dioptries incliné à 30° en bas et en dehors, cet œil est en légère divergence par défaut de fixation.

Œil gauche. — Normal : vision normale.

Conclusion. — La diminution de capacité peut être évaluée à *douze pour cent.*

Examen le 23 février 1924.

Œil droit. — Cet œil présente : 1) une taie centrale de la cornée. 2) un astigmatisme de 4 dioptries à axe oblique en bas et en dehors sans déformation des mires. La vision de cet œil (1/10 sans verre) est de 4/10 faible avec le cylindre concave de 3,50 à axe incliné en bas et en dehors à 30°.

Œil gauche. — Normal.

Conclusion. — La réduction de capacité professionnelle peut être évaluée actuellement à 8 %.

OBSERVATION XVII

Mer... Georges, âgé de 21 ans, livreur cycliste a été victime le 22 septembre 1928 d'un accident à l'occasion de son travail : « A l'œil gauche, érosion traumatique périphérique profonde de la cornée », déclare le certificat initial rédigé le surlendemain à la Fondation ophtalmoscopique Rothschild. La Reprise de travail aurait été fixée au 21 novembre 1928.

Examen ophtalmologique du 6 juillet 1929.

Œil droit. — Cet œil est normal et sa vision excellente 10/10.

Œil gauche. — La cornée présente une taie paracentrale occupant le segment inférieur et interne de l'aire pupillaire. Les milieux sont transparents, les membranes profondes sont indemnes. La vision est de six dixièmes après correction d'un astigmatisme myopique de deux dioptries légèrement irrégulier.

Conclusion. — L'accident invoqué a déterminé une réduction de capacité que l'on peut évaluer à 6 % avec révision des délais légaux).

Examen ophtalmologique du 15 avril 1931.

Œil droit. — La vision est normale 10/10.

Œil gauche. — La cornée présente une taie légère avec astigmatisme de deux dioptries environ parfaitement régulier, la vision est de

huit dixièmes après adjonction du cylindre concave de deux dioptries à axe horizontal.

Conclusion. — Des modifications se sont produites depuis 1929 et la réduction de capacité qui en résulte actuellement peut être fixée à deux pour cent.

OBSERVATION XVIII

Me... Rose, âgé de 49 ans, maçon, tailleur de pierre a été blessé le 27 janvier 1927 à l'occasion de son travail.

« Plaie pénétrante du globe de l'œil gauche avec hernie de l'iris » déclare le certificat rédigé le 29 janvier 1927. La consolidation a été fixée au 4 mars 1927.

Examen ophtalmologique du 17 juin 1927.

Œil droit. — Cet œil est normal, vision parfaite.

Œil gauche. — La cornée présente dans son segment inférieur et externe au voisinage du limbe une taie assez épaisse répondant à une large perte de substance de l'iris. Les milieux sont transparents et les membranes profondes sont indemnes. Malgré l'existence d'un astigmatisme légèrement irrégulier, la vision atteint sept dixièmes.

Conclusion. — La réduction de capacité qui en résulte peut être évaluée à sept pour cent.

Examen ophtalmologique du 8 octobre 1930.

Œil droit. — Normal, sa vision est parfaite 10/10.

Œil gauche. — Le segment inférieur et externe de la cornée présente une cicatrice qui répond à une perte de substance large de l'iris), la pupille est déformée; il existe dans le quadrant visible du cristallin quelques opacités ponctuées périphériques. La vision est de quatre dixièmes environ.

Conclusion. — La réduction de capacité que présente M. Me... actuellement peut être évaluée à neuf pour cent.

III. — *La cataracte traumatique* résulte presque toujours d'une plaie du cristallin, même minime, ou de sa capsule, et plus rarement d'une commotion ou d'une contusion oculaire. En effet, la capsule cristallinienne peut se rompre par une brusque pression sans lésion cornéenne ou sclérale, et entraîner l'opacification du cristallin en déchirant la zonule.

Quelquefois le cristallin s'opacifie après une simple commotion. Si le plus souvent la cataracte se forme rapidement, il existe des cas où l'opacification se fait tardivement, quelques années même après le traumatisme initial — 2, 3, 5, 7 et même 8 ans après. Habituellement, la cataracte traumatique est la conséquence d'une plaie ou d'un corps étranger du cristallin. Chez les jeunes accidentés, l'opacification se fait plus rapidement que chez les sujets plus âgés.

Enfin une iridocyclite entraînant le développement d'une hypertonie peut compliquer l'évolution d'une cataracte traumatique, les phénomènes glaucomateux amènent alors la perte de toute acuité visuelle.

L'évolution peut se faire vers la guérison spontanée complète chez les jeunes gens, les opacités disparaissant d'elles-mêmes, fréquente aussi est la résorption complète des masses cristalliniennes le sujet se trouvant alors dans les conditions l'opéré aphake. Au point de vue des accidents du travail, la résorption ou l'opération de la cataracte traumatique peut-elle entraîner une révision de l'incapacité fixée lorsque l'acuité visuelle était nulle du fait de la cataracte ? La résorption complète se produit rapi-

dement donc dans les délais légaux, mais quelle valeur professionnelle présente l'œil aphake ?

L'opération d'ailleurs peut avoir laissé des restes cristalliniens formant une opacité blanchâtre, c'est-à-dire une cataracte secondaire, si elle laisse libre le champ pupillaire, l'acuité ne s'en trouve pas modifiée, mais quelquefois la densité de cette opacité provoque une altération sensible de la vision.

Si l'opération a bien réussi, l'aphake sans verres peut tout juste se conduire, la réfraction statique étant supprimée, l'œil aphake avec un verre donné ne voit qu'à une distance déterminée, il lui faudra donc au moins deux corrections, l'une pour voir de loin et l'autre pour voir de près. Mais au point de vue industriel ce qu'il importe de récupérer c'est la vision et le champ visuel binoculaires. Un œil aphake est toujours plus utile à l'ouvrier cataracté, car si les deux yeux ne perçoivent pas simultanément des images nettes, l'œil opéré donne un champ visuel plus étendu et permet d'éviter les obstacles de son côté. De plus, la vision de l'œil opéré sera toujours suffisante avec des verres appropriés, ce qui est très important si l'autre œil devient inutilisable.

En résumé, si quelquefois la valeur pratique de l'œil aphake est nulle, celui-ci cependant peut être fort utile comme en témoigne la différence qui sépare un borgne d'un aphake et l'extraction de la *cataracte* traumatique pourra quelquefois rendre heureusement un tel champ binoculaire et une telle acuité que l'infirmité de l'aphake ne correspondra plus à celle du cataracté et qu'alors une révision serait équitable diminuant la pension suivant l'amélioration apportée par l'opération.

OBSERVATION XX

P... Roger, 18 ans, ajusteur-mécanicien dit avoir été blessé le 2 mai 1923 à l'occasion de son travail : projection d'un corps étranger dans l'œil droit.

Un rapport d'expertise rédigé le 10 octobre 1923 par le D^r M... conclut à dater la consolidation du 11 juin 1923 et à évaluer la réduction de capacité de 28 à 30 pour cent avec diminution probable après opération. Il n'a pas été opéré lorsqu'il se présente à l'examen le 21 juillet 1926.

Œil droit. — La cornée présente dans sa partie inférieure et externe une cicatrice voisine du limbe selero-cornéen, la chambre antérieure a sa profondeur normale, la pupille déformée en oblique, dont l'axe est dirigé en bas et en dehors, réagit normalement à l'excitation lumineuse ainsi qu'à la convergence. Le cristallin est opacifié ce qui gêne l'exploration du fond d'œil, la vision est réduite à la simple perception lumineuse.

Œil gauche. — Normal : vision parfaite.

L'état de la vision et des yeux en 1923 fourni par le rapport du Docteur M... est exactement semblable à l'examen actuel. Aucune modification appréciable dans les lésions constatées pas plus que dans les troubles accusés, il ne pourrait s'en produire que si la cataracte de l'œil droit était enlevée : le jeune Ph... paraît consentant à cette opération, *elle seule est susceptible d'augmenter la vision et par conséquent de diminuer le taux de l'incapacité.* En résumé, depuis octobre 1923, il ne s'est produit aucune modification appréciable dans l'état du blessé Ph... La réduction de capacité que sit actuellement le jeune Ph... dans son travail peut être évaluée de 28 à 30 pour cent.

Des modifications peuvent survenir si l'opération chirurgicale est pratiquée.

OBSERVATION XXI.

Ch... Pierre, 44 ans, à la suite d'une contusion de l'œil gauche par une boule de neige en 1917, présente en 1920 une subluxation du cris-

tallin avec une spafication qui progresse lentement, en 1929 la cataracte était complète et l'extraction du cristallin fut pratiquée le 22 janvier 1930, c'est-à-dire 13 ans environ après l'accident. Et le 20 mai 1930, la vision de cet œil était de 3 à 4 dixièmes avec le sphérique convexe de 10 dioptries.

IV. — A la suite de plaies pénétrantes du globe ou de corps étrangers intraoculaires surviennent des poussées d'iridocyclite souvent plusieurs années après le traumatisme initial.

Quelquefois même il en résulte de l'hypertonie, le blessé présente des accès de glaucome, qui nécessitent l'énucléation.

Nous citerons deux exemples de pareils cas où les phénomènes réactionnels n'apparurent que six et sept ans après l'accident.

OBSERVATION XXII

M. M. B... Adrien, âgé de dix-huit ans, machiniste, est blessé à l'œil droit le 30 avril 1926 par un éclat de tôle au cours de son travail.

L'accident est grave; plaie pénétrante compliquée d'un corps étranger intraoculaire, reconnu à la radiographie, mais qui ne peut être retiré par l'électroaimant. Ces lésions nécessitent des soins jusqu'au commencement de juin 1926.

Une expertise eut lieu le 7 février 1927; l'examen donna les résultats suivants :

L'œil droit de M. B... ne présente aucune réaction, la pupille est douée de reflexes, mais assez faibles. On ne trouve sur la cornée aucune trace de la plaie pénétrante, mais un enfoncement de l'iris vers cinq heures et demie marque le point cicatriciel de la membrane irienne, par où a dû passer le corps vulnérant. Celui-ci est d'ailleurs visible, sous l'iris et en dedans, et très distinct avec un reflet métallique. Le

cristallin présente quelques opacités qui n'empêchent pas de distinguer un peu le fond d'œil. Vision : 1/50.

L'œil gauche est normal avec une vision entière égale à 1.

L'expert concluait 1° que M. M. B... par le fait de l'accident dont il a été victime était atteint d'une plaie pénétrante de l'œil droit avec corps étranger dans cet organe.

2° Qu'il en résultait une réduction permanente et partielle de capacité ouvrière qui pouvait être évaluée à *vingt-cinq* pour cent, mais *qui pouvait être augmentée si l'énucléation de l'organe devenait nécessaire*, car, malgré l'absence à ce moment de réaction, il estimait probable la production dans l'avenir de phénomènes irritatifs.

La révision fut pratiquée le 26 juin 1930 : à cette date. M. M. B... présentait à l'œil droit : dans le segment inférieur et externe une petite perforation de l'iris ; le cristallin est cataracté et la vision réduite à la simple perception lumineuse avec bonne projection.

Et à l'œil gauche, une vision parfaite de dix dixièmes. Le rapport, en terminant, évaluait la réduction de capacité professionnelle à 30 pour cent.

M. M. B... ne souffre pas de son œil jusqu'au 21 mai 1932, c'est-à-dire six ans après l'accident. A cette date l'œil droit blessé est devenu très douloureux. La souffrance était telle qu'il n'a pu dormir dans la nuit de samedi à dimanche. Le lundi 23 mai 1932, il ressentait de violents élancements et son œil était devenu très rouge. L'oculiste qui l'examine constate au niveau de l'œil droit :

Un globe oculaire irrité, photophobe et larmoyant ; douloureux à la pression, un peu mou — une forte injection périkeratique, un petit pertuis dans l'iris sur le méridien de cinq heures. Après instillation d'atropine, il observe une cataracte totale ; au centre la cristalloïde antérieure est plus blanche et épaisse, à la périphérie de cet épaississement de la capsule, il existe des dépôts pigmentaires (témoins d'une réaction irienne). Le médecin lui prescrit des installations d'atropine à 1 pour 200, deux fois par jour.

Huit jours après, le 30 mai 1932 le blessé revient consulter. Les

symptômes irritatifs se sont très atténués, le blessé n'éprouve plus que de légers picotements dans l'œil. Cet œil n'est plus rouge, n'est plus douloureux à la pression; la pupille est bien dilatée et régulièrement. La perception lumineuse est bonne, mais la projection lumineuse est mauvaise en bas, en dedans et en haut. L'œil gauche, non blessé, est toujours sain; son acuité visuelle est de neuf dixièmes sans verre et normale avec un sphérique convexe de $+ 0.50$.

En résumé, le blessé présentait une *poussée d'iridocyclite, six ans après la consolidation et deux ans après la révision définitive*. L'énucléation de l'œil droit devra sans doute être pratiquée dans la suite si une nouvelle poussée d'iridocyclite plus violente se produit.

OBSERVATION XXIII¹.

M. M..., 42 ans, a été blessé le 22 décembre 1924 à l'œil droit en travaillant, il présentait à ce moment une plaie pénétrante de l'œil droit produite par un éclat de bois. Cet accident eut pour conséquence la formation d'une cataracte traumatique qui fut opérée par un spécialiste traitant, le D^r D...; il a constaté à la consolidation une acuité visuelle réduite à 2/10 après correction de l'aphakie et évalué l'invalidité permanent à 15 ou 20 %. Le 6 mars 1925, le tribunal civil de Périgueux a fixé cette invalidité à 15 %.

Revu le 30 octobre 1927, l'œil blessé ne présente aucun signe d'irritation. L'opération a nécessité une large indectomie et a provoqué la formation d'une membranule cristallinienne assez épaisse qui obstrue en partie le champ pupillaire. Il y a un astigmatisme opératoire oblique de 1 dioptrie environ. Le corps vitré est parfaitement transparent et on ne voit aucune lésion des membranes profondes. Après correction de l'aphakie, le blessé accuse une vision de 1/8, mesurée par divers procédés; les réponses de l'intéressé ont été sensiblement concordantes

(1) Ces deux observations XXII et XXIII sont dues à l'extrême obligeance du D^r Offret.

et sont en harmonie avec la présence de la membranule cristallinienne. L'acuité visuelle s'était donc légèrement abaissée depuis 1925. L'expert ajoutait que l'intéressé ne supportait pas la correction de l'aphakie à cause de la fausse projection qu'elle déterminait et que dans ces conditions le taux de 15 % lui paraissait très modéré.

Le 20 juillet 1931, c'est-à-dire sept ans après l'accident, M. M. vient consulter : il souffre de son œil droit et par la suite il fait une poussée aiguë de glaucome, qui nécessite l'énucléation de cet œil en septembre 1931.

L'expert, constatant que les délais légaux étaient passés et que cette complication devait être considérée sans aucun doute comme la conséquence de l'accident de 1924, concluait qu'il serait juste d'accorder une indemnité pour l'énucléation qu'il venait de subir.

V. — Il faut aussi envisager les conséquences que peut avoir pour l'autre œil un accident oculaire antérieur, nous voulons parler des *ophtalmies sympathiques*, affections plus rares maintenant, mais si graves puisqu'elles peuvent aboutir à la cécité — et survenir bien *longtemps* après le traumatisme primitif.

Elles se produiraient après des blessures du corps ciliaire ou des corps étrangers intraoculaires, habituellement après la quatrième ou la huitième semaine.

Mais de longues années après le traumatisme, un œil blessé, demeuré pendant longtemps sans inflammation et sans réaction, peut devenir dangereux pour l'autre du fait de l'inflammation sympathique. L'inflammation qui couvait certainement encore peut être rallumée par un petit traumatisme occasionnel et provoquer ainsi une ophtalmie sympathique.

Tout d'abord le blessé constate un affaiblissement de

l'accommodation, sa vue se trouble par instant surtout s'il effectue une besogne délicate, par du larmolement, du blépharospasme, de l'amblyopie, de la photophobie et des névralgies ciliaires. Tous ces troubles constituent l'irritation sympathique, précédant de peu l'apparition d'une iridocyclite se surajoutant aux phénomènes précédents et constituent l'ophtalmie sympathique proprement dite.

Dans quel délai peut se manifester l'ophtalmie sympathique ?

Un fait est indiscutable, c'est qu'elle ne débute pas brusquement, ni immédiatement, elle est annoncée par l'état irritatif que nous venons de décrire.

L'ophtalmie sympathique vraie se déclare dix jours au moins et habituellement deux à trois semaines après l'accident mais ceci dans les cas très graves.

Par contre le délai maximum est parfois très long, en effet si pour certains auteurs, les troubles survenant dans le congénère de l'œil blessé, plus de deux ans après l'accident ne peuvent être considérés comme des symptômes d'ophtalmie sympathique, plusieurs cas indiscutables se sont produits à des intervalles *très éloignés*.

Voici par exemple plusieurs cas qui se produisirent : 4, 15, 30, 45 et même 52 ans après l'accident.

OBSERVATION XXIV

Dracoulidis, Gazette d'Orient, 1896.

Un homme eut il y a dix ans l'œil droit blessé par un éclat de fer chauffé au rouge. Il perdit immédiatement la vision. L'œil resta indolent et sans aucune sorte d'irritation. Brusquement, au bout de *dix ans*, il devint le siège de vives douleurs dans la région ciliaire. En même temps, l'œil gauche était atteint d'une photophobie excessive,

d'un larmoiement très prononcé avec injection périkeratique et d'une forte diminution de l'acuité visuelle.

Chez ce malade les symptômes furent extraoculaires avant d'être intraoculaires. L'œil gauche étant presque perdu, le malade se décide à se laisser opérer; l'énucléation de l'œil droit. Après l'opération, le malade qui n'a jamais été syphilitique a continué à prendre de l'iodure de potassium à hautes doses. Disparition des phénomènes sympathiques.

OBSERVATION XXV

D^r Vignes. Société d'Ophtalmologie, 1901.

Il y a *quatre ans*, un garde-chasse, âgé de trente-cinq ans, au moment où il a tiré un coup de fusil à broche, ressent sur l'œil droit un choc léger et vif. L'œil reste d'apparence normale. Dans les jours suivants, les objets lui paraissent troubles.

Trois semaines après l'accident au premier examen, les milieux ont retrouvé leur transparence. L'œil droit, comme le gauche, est emmétrope, et l'acuité visuelle normale. A l'éclairage oblique, on perçoit dans le cadran inféro-externe de la cornée, assez près du centre de celle-ci, une minuscule cicatrice. Egalemeut sur la cristalloïde antérieure, on aperçoit une cicatrice semblable à celle de la cornée. Les couches corticales et nucléaires du cristallin, la capsule postérieure sont d'une transparence absolue. Quel que soit le procédé d'examen utilisé, on ne perçoit aucune déchirure, aucun foyer hémorragique dans la rétine; un corps étranger a cependant pénétré dans l'œil puisque la cristalloïde antérieure est lésée.

Une épreuve de Roentgen est négative et n'ayant pas d'aiguille de Coppez, le diagnostic reste incertain entre un fragment de cuivre ou d'acier. D'ailleurs s'il s'agit d'acier, le fragment peut s'enkyster et être fort bien toléré par l'œil à moins qu'une atmosphère rouillée ne vienne éclairer le diagnostic.

Dix-huit mois après, la vision étant jusqu'alors restée égale à 1, survient un décollement de la partie inféro-externe de la rétine. Il

devient probable qu'il s'agit d'un fragment de cuivre et que celui-ci a traversé l'œil.

Le patient se refuse à toute intervention. Un an après, le décollement s'est manifestement étendu et la vision devient nulle ou à peu près,

Au mois de novembre, le patient se présente avec des symptômes accusés d'irritation ciliaire. Il veut bien entendre que l'intervention ne peut être plus longtemps différée; l'éclosion d'accidents sympathiques pouvant survenir il se résigne à l'énucléation. Une coupe perpendiculaire à l'équateur du globe, suivant la trajectoire indiquée par la double lésion de la cornée et de la cristalloïde, passe dans le voisinage immédiat du corps étranger qui se trouve derrière la rétine décollée, au milieu du tissu choroïdien, sur la face interne de la sclérotique. C'est un fragment de cuivre pesant 0,0015, quadrilatère aplati, à bords tranchants.

OBSERVATION XXVI du D^r COPPEZ.

Un ajusteur avait reçu, dans l'œil gauche, un éclat de fer, qui avait endommagé sérieusement son œil. Traité à Mons, Charleroi, Namur et finalement à Bruxelles où différentes opérations furent tentées sans résultat, il finit par ne plus consulter personne et pendant quinze ans, il put continuer à travailler, tout en étant obligé d'abandonner une ou deux fois par mois son travail, tant son œil devenait rouge et douloureux. Ce n'est que *quinze ans* plus tard que des troubles fonctionnels commencèrent à se faire sentir dans l'œil droit, resté sain jusqu'alors; l'acuité visuelle de l'œil droit fut rapidement réduite à 1/10. Tout travail était devenu impossible, céphalagie intense.

A l'examen de l'œil gauche, l'appareil de Gérard, ou balance électromagnétique, démontra l'existence d'un corps étranger métallique.

Enucléé, on trouva un éclat de fer de 6 centigrammes; le patient éprouva un soulagement considérable; la céphalalgie alla toujours en diminuant, et quinze jours après elle avait disparu.

Mais, du côté de l'œil droit, de jour en jour le champ visuel et l'acuité visuelle allèrent en diminuant. Un mois après l'énucléation, la vision était réduite à la perception quantitative et quelques jours après le malade ne distinguait plus le jour de la nuit.

OBSERVATION XXVIII du D^r TEILLAIS.

Bulletin de la Société d'ophtalmologie, 1890.

Un forgeron reçut, il y a *trente-deux ans*, dans l'œil gauche un fragment d'acier qui pénétra par le bord inférieur de la cornée, en lésant, sur son passage, la sclérotique, déchirant l'iris et le corps ciliaire. Le morceau d'acier, mesuré plus tard avait une longueur de trois millimètres et était toujours resté invisible, apparaissant comme un point noir à la jonction de la sclérotique et de la cornée.

D'abord par pusillanimité, plus tard par une sorte de présomption singulière, le malade avait toujours refusé toute intervention chirurgicale. Il y a quatre ans, c'est-à-dire après *vingt-huit ans* de séjour, le corps étranger tomba spontanément de l'œil et fut recueilli. L'œil resta rouge une semaine et tout fut dit; la vision n'avait pas été altérée un moment. Quatre ans plus tard, l'œil blessé fut pris tout à coup d'inflammation avec vives douleurs suivies d'iritis et quinze jours après, la vision était complètement perdue.

A ce moment l'œil droit fut pris tout à coup d'iritis. C'était bien là de l'ophtalmie migratrice de Deutschman; l'énucléation de l'œil gauche fut faite; l'iritis fut littéralement enrayée et aujourd'hui la vision de l'œil droit est parfaite.

OBSERVATION XXVIII.

CONNVALL. American journal of Ophtalmology. Saint-Louis, 1887.

Un homme, âgé maintenant de 48 ans, pendant qu'il cueillait des cerises à l'âge de 13 ans, tomba sur une pioche qui lui fendit la paupière supérieure et lui creva l'œil droit. L'œil atteint ne présenta pas de troubles oculaires, et par des soins appropriés, la plaie du globe

oculaire se cicatrisa; la paupière supérieure fit de même, mais elle contracta des adhérences avec le globe oculaire. Cécité complète de l'œil droit.

Il se produit *trente-cinq ans* après une diminution de la vision de l'autre œil, l'œil sympathisant est plus sensible, il y a des douleurs orbitaires. A l'ophtalmoscope, on constate une névrite optique. Énucléation de l'œil droit, l'ophtalmie sympathique est due à un processus d'ossification qui enveloppait le nerf optique. Deux jours après l'opération la vision était améliorée, la douleur a presque disparu, six mois plus tard l'œil sympathisé avait repris une apparence normale.

OBSERVATION XXIX.

LEE et ROSE. British Medical Journal. London, 1885.

Un homme de 53 ans reçut à l'âge de 6 ans dans l'œil gauche, une pierre qui le rendit aveugle. L'œil droit était resté en bon état, sauf dans les derniers six mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital. A cette époque, c'est-à-dire *quarante-sept ans* après l'accident initial, commencent à apparaître des troubles sympathiques de l'œil droit avec douleurs oculaires et temporales, et diminution progressive de la vue.

Traitement. — Quelques gouttes d'atropine dans l'œil trois fois par jour; pansement occlusif sur l'œil ainsi soustrait à l'action de la lumière. Quatre jours après l'admission du malade à l'hôpital, énucléation du moignon de l'œil gauche qui avait l'apparence d'une petite fève et renfermait un foyer d'ossification relativement considérable. Les jours suivants continuation, dans l'œil droit, du traitement à l'atropine qui fait disparaître l'injection conjonctivale et cornéenne.

OBSERVATION XXX. Docteur COUTELA (1928).

Un colonel en retraite présentait en 1928 un œil atrophique d'un côté et de l'autre une poussée intense d'iridochoroïdite; les deux yeux étaient rouges et douloureux. L'œil atrophique fut énucléé et à l'intérieur se trouvait un éclat de verre arrondi. C'est alors que le Colonel

se rappela qu'étant à Saint-Cyr il avait mis un thermomètre sur une lampe à alcool pour le dégourdir et celui-ci avait éclaté. Il y avait de cela 52 ans. L'œil congénère s'améliora les jours qui suivirent.

OBSERVATION XXXI, SULZER, 1906.

P. L., âgé de quarante ans, garçon de magasin, s'est présenté à notre consultation de la fondation ophtalmologique A. de Rothschild pour la première fois le 12 décembre 1906, pour une inflammation de l'œil droit datant de six jours. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

Accidents oculaires. — A reçu à l'âge de trois ans un coup de ciseaux dans l'œil gauche. Une atrophie du globe fut la conséquence de ce traumatisme. Le moignon ne fut jamais douloureux ni spontanément, ni à la pression. Le 6 décembre 1906, c'est-à-dire *trente-sept ans* après le traumatisme, l'œil droit devient rouge, larmoie et se voile; le malade se plaint d'avoir de violentes douleurs oculaires et péri-orbitaires, et de voir des étincelles.

12 décembre 1906, premier examen.

Œil gauche. — Le globe est réduit de moitié. Il semble contenir des corps calcaires, mais il n'est le siège d'aucune inflammation apparente, ni de douleur, soit provoquée, soit spontanée.

Œil droit. — Signes d'une iritis; précipités sur la face postérieure de la cornée, le corps vitré est le siège d'un trouble diffus O. D. V = 5 gr. On prescrit un traitement : atropine, onguent belladonné, quinine.

13 décembre. V = 1 gr., injection sous-conjonctivale d'oxycyanure d'hydrargyre.

14 décembre. O. D. V = 1 à 2 gr.

15 décembre. Injection périkératique intense. La pupille s'est rétrécie, l'humeur aqueuse est louche, l'iris très fortement vascularisé, corps vitré très trouble. Le moignon gauche est toujours insensible à la pression.

18 décembre. Œil droit. La pupille est dilatée mais irrégulièrement. Le trouble des milieux s'accroît. Voit les doigts à 2 m. 50, injection sous-conjonctivale d'oxycyanure.

19 décembre. Les milieux s'éclaircissent. O. D. V : compte les doigts à 3 m. 50.

20 décembre. Pupille dilatée.

24 décembre. Douleur péri-orbitaire du côté droit (œil sympathisé), globe gauche moins insensible à la pression. O. D. V = 1 gr.

26 décembre. Le corps vitré s'éclaircit. O. D. V. = 3 gr.

27 décembre. L'iris est encore fortement vascularisé V = 5 gr.

27 décembre. V = 4 gr., injection sous-conjonctivale d'oxycyanure.

29 décembre. V = 5 gr.

31 décembre. L'œil droit commence à blanchir. O. D. V = 6 gr.

A l'examen ophtalmologique les membranes profondes paraissent normales.

M. Sulzer insistait dans cette observation sur certains points qui la différencient de la majorité des ophtalmies sympathiques : courte durée, rétablissement de la vision et absence de douleurs. M. Dupuy-Dutemps se refusait à affirmer la nature sympathique de l'affection en question, pour lui il s'agirait plutôt d'une iridochoréïdite commune dont ce serait une récurrence, un petit foyer de choréïdite nettement limité et bien visible prouvant une atteinte antérieure du tractus iréal. Pour M. Terson, il faut penser à une iridocyclite tardive; mais il existe quelques cas très rares d'ophtalmies sympathiques bénignes.

OBSERVATION XXXII.

Maurice DEPOUILLY. Thèse, Paris, 1926.

M... André, âgé de 16 ans est blessé le 1^{er} janvier 1915, par l'explosion d'une cartouche allemande avec projection d'un éclat de cuivre dans l'œil droit. Un mois après le traumatisme, l'énucléation est rendue nécessaire et pratiquée le 1^{er} février 1915 par un médecin allemand. Dans la suite le blessé semble avoir présenté une violente

poussée d'iridocyclite du côté gauche, ayant débuté quatre semaines environ après l'énucléation de l'œil droit.

Il se présente à la consultation du service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière le 13 juin 1921, envoyé au Docteur Morax par un ophtalmologiste de province qui lui donne ses soins et a constaté depuis quelques temps une augmentation de la tension de l'œil gauche malgré un traitement bien suivi...

A l'examen, on constate les signes habituels d'une iridocyclite ancienne : il existe des précipités à la face postérieure de la cornée, la pupille sous l'action des myotiques est rétrécie et irrégulière et l'examen du fond d'œil est possible. Il ne permet de constater qu'un staphylome postérieur consécutif à une myopie ancienne très élevée — VOG = 5/35 faible avec — 20 D. Le champ visuel paraît normal. Quant à la tension elle est de 45 mm Hg au lieu de 52 mm Hg, le 6 juin 1921.

On prescrit un collyre à la pilocarpine à instiller quatre fois par jour et un collyre à l'ésérine pour une instillation le soir. D'autre part, un traitement est commencé le 16 juin par des injections intraveineuses de Novarsénobenzol.

Le 8 août 1921, la tension est de 28 mm Hg.; l'acuité visuelle est améliorée : VOG = 5/25 avec — 20 D..... »

Dans ce cas, les troubles sympathiques apparaissent six ans après l'accident.

VI. — Nous allons maintenant étudier les conséquences du délai de révision en ce qui concerne l'état de l'autre œil comme *non* conséquence de l'accident ?

Normalement si le blessé présente une invalidité antérieure à celle de l'accident en question, on ne tient pas compte dans l'appréciation de l'incapacité de l'état morbide de l'ouvrier, préexistant à l'accident, ni de son influence sur l'invalidité seconde.

Cependant il existe certains cas spéciaux où l'invalidité antérieure, qui aggravait l'invalidité seconde, peut s'aggraver ou s'améliorer, pendant les trois années de la révision de l'accident, voire même après.

Voici un exemple :

« Un homme de 60 ans, garçon d'office dans un restaurant, est myope depuis l'enfance. Le 4 juillet 1920, à la suite d'une chute dans son travail, il fait un décollement de la rétine de l'œil droit. L'expertise du 15 décembre 1921 permet de constater : à droite, un décollement de la rétine; à gauche, une choroïdite myopique étendue et en évolution avec une vision relativement bonne (9/10 après correction).

L'expert conclut à 35 pour cent, dont 30 pour l'œil droit dont la vue est perdue et 5 pour cent pour l'aggravation fonctionnelle résultant de la gêne que les lésions rétinienne gauches apportent au travail à la lumière artificielle, le blessé travaillant dans une cave.

L'expert laisse en outre prévoir que les lésions choro-rétiniennes sont susceptibles de s'aggraver dans l'avenir.

En 1923, première révision : l'œil droit est bien entendu toujours aveugle. A l'œil gauche, la vision est de 8/10; mais surtout les lésions sont beaucoup plus étendues, elles avoisinent la macula entraînant la production de siotomes et de mouches volantes avec corps flottants du vitré. L'expert porte le taux de l'incapacité à 40 pour cent et fait des réserves pour l'avenir.

En 1925, seconde révision. L'état fonctionnel ne s'est pas modifié. L'expert maintient le taux de 40 pour cent.

Mais les lésions évoluent malgré le traitement général

intensif que suit le blessé dans des consultations hospitalières. Il est donc à craindre que la vision baisse encore et devienne très mauvaise lorsque la région maculaire sera atteinte et cette éventualité est incessante. Si elle se produit dans les délais de révision qui sont près d'expirer, l'incapacité devra être portée à 100 pour cent, ou au voisinage de ce taux. Aucun doute sur la régularité de cette solution n'est possible. »

En résumé, l'aggravation de l'état antérieur doit donner lieu à l'augmentation de la rente primitivement fixée sous la réserve, bien entendu, que cette aggravation retentisse effectivement sur l'invalidité qui résulte de l'accident.

VII. — En résumé dans la pathologie oculaire industrielle, des modifications importantes peuvent survenir à un moment où toute action judiciaire se trouve prescrite. Un délai, limité comme dans notre pays à trois ans, nous semble trop court. Il ne faut pas se dissimuler les difficultés d'ordre contentieux ou budgétaire qui résulteraient pour le patronat d'une révision sans délai; mais cette mesure est possible puisqu'elle existe en Allemagne, en Norvège, aux Pays-Bas et en Grèce.

En Allemagne notamment, quelle que soit l'ancienneté de l'accident, aucun délai n'est fixé pour les actions judiciaires en révision, celles-ci sont annuelles, au besoin, le demandeur devant prouver la justesse de ses revendications. L'état du blessé s'améliore-t-il ou s'aggrave-t-il, des révisions successives font parcourir à l'indemnité les étapes de l'incapacité professionnelle.

CONCLUSIONS

La loi d'indemnisation des accidents du travail est appliquée en France depuis le 9 avril 1898. De nombreux cas d'espèces ont démontré la nécessité de la réviser entièrement. La Chambre des Députés en a voté un nouveau texte après discussion du Rapport Gros.

Le Sénat est actuellement saisi d'un Rapport rédigé par le Docteur Chauveau : ce Rapport n'a pas encore été discuté mais c'est l'un des premiers problèmes sociaux de la nouvelle législature ; il n'est pas sans intérêt de l'envisager au point de vue strictement médical.

Vue sous cet angle, cette question comporte deux éléments particulièrement importants à étudier :

1°) le *délai de carence* : Il est dans la loi française de quatre jours. L'accidenté ne touche son demi-salaire qu'au cinquième jour, et ce n'est que dans le cas d'incapacité dépassant dix jours, que le demi-salaire est touché depuis le début.

L'immense majorité des accidents oculaires du travail étant de petits sinistres, il en résulte que trop souvent le blessé n'y fait pas attention et ne se fait pas soigner ; ce qui détermine fréquemment une aggravation, d'où incapacité temporaire prolongée, et incapacité permanente de taux plus élevé.

Pour y remédier, il nous semble nécessaire :

Soit d'admettre l'incapacité temporaire *partielle*,
Soit d'instituer une prime au traitement immédiat;

2°) *le délai de révision.*

La loi française admet la révision dans les trois ans.
En ce qui concerne les accidents oculaires du travail, ce
délai est manifestement insuffisant.

Tout en reconnaissant la difficulté du problème juridique et surtout contentieux, il semble qu'au point de vue
purement médical une prolongation de ce délai devrait
être envisagée.

Vu le Président de la Thèse,
TERRIEN.

Vu le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALISSON. — La prévention des accidents du Travail. Nancy, 1930.
- AXENFELD. — Traité d'Ophtalmologie.
- BARAIL. — Traitement de l'Ophtalmie sympathique. Nancy, 1925.
- BAZY et FREDET. — Rapport sur les Œuvres médico-sociales des Compagnies de Chemins de Fer. (Maulde et Renou, Paris, 1930).
- BAZY. — Le rôle du service médical d'un grand réseau de Chemins de Fer Français. (Le Journal Médical Français, avril 1929).
- BLACK (Melville). — American Medical Association, section of Ophtalmology, june 1924.
- BOUCHARD. — Congrès du Caire, 1902.
- BUELL. — Wearing Goggles. Safety Engineering. New-York.
- CHAUVEAU. — Rapport fait au nom de la Commission de l'Hygiène de l'Assistance, de l'Assurance et de la Prévoyance sociales, chargée d'examiner le projet de loi adopté par la Chambre des Députés, ayant pour objet de modifier la loi du 9 avril 1898 concernant la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.
- Congrès de la Société d'Ophtalmologie de Paris, 1922.*
- Docteur COUTELA. — Rapport présenté à l'Assemblée générale du 14 novembre 1931 de l'Association Internationale de Prophylaxie de la Cécité.
- CRIDLAND. — La protection de la vie et les mesures prophylactiques chez les ouvriers. (Archives d'Ophtalmologie, déc. 1930).
- DEPOUILLY. — Contribution à l'étude de l'Ophtalmie sympathique.
- DÉTRIEUX. — Les œuvres sociales dans la grande industrie en France, Paris, 1929.

- DOR. — Rapport mensuel de la XX^e région, date du 6 septembre 1917.
- DOR. — Bulletins et Mémoires de la Société française d'Ophtalmologie, 1919.
- DUVOIR. — Annales de Médecine Légale, numéro 6, 1927.
- Encyclopédie française d'Ophtalmologie*, tome V, p. 328, tome IV, page 715.
- FAGE. — 34^e Congrès de la Société française d'Ophtalmologie, 10 mai 1921.
- Fédération Nationale des Mutilés du Travail*. — Projet de refonte de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail.
- J. GAUGIER, Premier Président de la Cour d'Appel de Dijon. — Observation sur la proposition de loi présentée par la Commission Sénatoriale d'Hygiène (Les Lois Nouvelles, n^{os} 17 et 18).
- GIRAUD. — De la revision en matière d'accidents du travail portant sur l'appareil de la vision. Paris, 1906.
- GROS. — Projet de loi modifiant la loi d'avril 1898 sur les accidents du travail, adopté le 18 mars 1928.
- HAUSELL et BELL. — Exposé statistique de la proposition des causes et des cas de cécité constatés sur 32.000 yeux. (Arch. of Ophtalmology, XXI, n^o 1).
- HEUSE. — Augenärztliche Mitteilungen über die Behandlung der Augenentzündung und Anderes. (Zentralblatt für praktischen Augenheilkunde, 1901, p. 111).
- HURSTEL. — Les accidents oculaires du Travail. Essai de Statistique et de Prophylaxie. Paris, 1931.
- IMBERT, ODDO et CHAVERNAC. — Accidents du Travail. Guide pour l'évaluation des incapacités.
- JAMPOLISKY. — Zeitschrift für Augenheilkunde, 1914, III et IV.
- Professeur de LAPERSONNE. — Rapport sur une enquête pour la prévention des accidents du travail à la demande du Comité des Assurances. (Association Internationale de Prophylaxie de la Cécité, 1930).

- Rapport à la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge.
- Enquête sur les accidents du travail. (Archives d'Ophtalmologie, T. XLVII, n° 12).
- LEGGE. — Glaucoma Workers' Cataract. (in Industrial Health), Philadelphia.
- MENDEL et HERZFELD. — Münchener medizinischer Wochenschrift, 1905, IV, p. 735.
- MOLINÉRY. — Le Service Médical d'un Chemin de Fer français. (La Médecine Internationale Illustrée).
- PATRY, DOR, BRETAGNE, LAGRANGE, DUPUY-DUTEMPS. — Congrès de la Société française d'Ophtalmologie, 12-15 mai 1924. (Archives d'Ophtalmologie, juillet 1924).
- M. POSER. — Eye fatigue in Industry. New-York.
- ROTHHOLZ. — Ein bemerkenswerter Fall von geheilter sympathischer ophtalmie. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, LXI, p. 664).
- SCHIECK. — De l'apparition de l'ophtalmie sympathique malgré l'énucléation préventive. (Albrecht van Graefes Archiv für Ophtalmologie, mai 1918).
- SCHÆLER. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1889, n° 27.
- SICARD, PARAF et LERMOYER. — 16^e Congrès français de médecine.
- SIEGFRIED. — Die traumatische Erkrankungen der Mamma Rutea der Netzhaut. Zurich, 1896.
- Professeur TERRIEN. — Des troubles visuels d'origine électrique au point de vue médico-légal. (Société de Médecine, Paris, 8 novembre, 1902).
- Cataracte par décharge électrique. (Archives d'Ophtalmologie, 1902).
- Valeur de l'œil blessé d'après la loi sur les accidents du travail. (Annales d'Hygiène Publique et de Médecine légale, juin 1908).
- Le meilleur éclairage artificiel de travail. Journal de médecine interne, janvier 1901.

- L'éclairage rationnel des ateliers. (Rapport au 11^e Congrès International des maladies professionnelles , Bruxelles, 1919).
- Lésions oculaires et accidents du travail. (La Clinique, 1911).
- Les séquelles oculo-orbitaires des blessures de guerre et des accidents du travail.
- Précis d'Ophtalmologie. (Baillière. Paris.)
- THIERS. — Contribution à l'étude de l'Ophtalmie sympathique. Archiv. für Augenheilkunde, 1925, vol. 95, p. 64.
- TROUSSEAU. — Hygiène de l'œil. Paris.
- La Voix du Blessé.* — N^o 38, mars 1932. — Etude de la nouvelle loi sur les accidents du travail.
- WAIL. — Sympathic Ophtalmia. (Archives of Ophtalmology).
- WETZEL. — Sympathische Ophtalmie und Gehörstorungen. (Monatsschrift für Unfallheilkunde), 1920.
- WILMER. — The value of drugs in ophtalmology. (Journal of the American medical Association). Chicago, 1921, LXXVII, p. 1.223).

